

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

741

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

Albert LESAGE

Né le 21 Mai 1907, à Evreux (Eure)

A propos d'un cas de Pancréatite ligneuse
chez un Syphilitique
ayant entraîné un syndrome d'ictère chronique
par rétention

Président de Thèse : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

A propos d'un cas de Pancréatite ligueuse chez un Syphilitique
ayant entraîné un syndrome d'ictère chronique par rétention



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

Albert LESAGE

Né le 21 Mai 1907, à Evreux (Eure)

A propos d'un cas de Pancréatite ligneuse
chez un Syphilitique
ayant entraîné un syndrome d'ictère chronique
par rétention

Président de Thèse : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	ROUVIÈRE
Physiologie.	PROUST
Physique médicale.	LÉON BINET
Chimie médicale.	STROHL
Bactériologie.	DESGREZ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	Robert DEBRÉ
Pathologie et thérapeutique générales.	BRUMPT
Pathologie médicale.	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale.	CLERC
Anatomie pathologique.	CHEVASSU
Histologie.	ROUSSY
Pharmacologie et matière médicale.	CHAMPY
Thérapeutique.	TIFFENEAU
Hygiène et médecine préventive.	LOEPER
Médecine légale.	TANON
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée.	LAIGNE-LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	FIESSINGER
	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	ACHARD
	BEZANÇON
	CARNOT
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	H CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux.	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses.	GUILLAIN
	LEMIERRE
	CUNÉO
Clinique chirurgicale.	GOSSET
	GRÉGOIRE
Clinique ophtalmologique.	LENORMANT
Clinique urologique.	TERRIEN
	MARION
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique.	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale.	OMBRÉDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique.	RATHERY
Clinique thérapeutique chirurgicale.	LEMAITRE
Clinique propédeutique.	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose.	SERGENT
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	LÉON BERNARD
	MATHIEU
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.	MULON
	OLIVIER
	VERNE



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiâtrie.	LANTUÉJOUL.	Obstétrique.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale	LEMAIRE.	Pathologie expérimentale
BOULIN.	Pathologie médicale.	LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.	M ^{lle} J. LÉVY.	Pharmacologie.
BULLIARD.	Histologie.	LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiâtrie.
CATHALA.	Pathologie médicale.	MOREAU.	Pathologie médicale.
CHABROL.	Pathologie médicale.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.	MOUQUIN.	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.	OBERLING.	Anatomie pathologique.
DONZELOT.	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale
FEY.	Urologie.	PIÉDELIEVRE.	Médecine générale.
GALLIARD.	Parasitologie.	PORTES.	Obstétrique.
GASTINEL.	Bactériologie.	QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
GATELLIER.	Pathologie chirurgicale.	RICHET.	Physiologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie	SANNIÉ.	Chimie biologique.
	chirurgicale.	SÉNÈQUE.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.	SÉZARY.	Dermatologie et syphili-
GIROUD.	Histologie.		graphie.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.	TROISIER.	Pathologie expérimentale
HALPHEN.	Oto-rhino-laryngologie.	TURPIN.	Pathologie médicale.
HAZARD.	Pharmacologie.	VALLERY-RADOT	
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.	(Pasteur)	Pathologie médicale.
JOANNON.	Hygiène.	VELTER.	Ophtalmologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.	VIGNES.	Obstétrique.
LACOMME.	Obstétrique.	WILMOTH.	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

MM.

ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.	LEROUX.	Anatomie pathologique.
BUSQUET.	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN.	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI.....	{ Clinique médicale.	GUÉNIOT.....	{ Clinique obstétricale.
CHIRAY.....		LE LORIER.....	
DUVOIR.....		LÉVY-SOLAL.....	
BASSET.....		METZGER.....	
HEITZ-BOYER..	{ Clinique chirurgicale.		
MOCQUOT.....			
SCHWARTZ....			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEY-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Mort pour la France.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

*Qui me portèrent toujours
un intérêt sincère.*

A MA GRAND'MERE

A MA MERE

*Témoignage de ma vive et
profonde affection.*

A MON FRERE

*Avec l'expression de mon
fidèle attachement.*

A MA TANTE

A MON BEAU-PERE

A MES AMIS

A Monsieur le PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale,
Membre de l'Académie de Médecine.

*Hommage respectueux et
reconnaissant pour l'hon-
neur qu'il nous a fait en
voulant bien accepter la
présidence de notre thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE ROUEN

- M. le DOCTEUR J. PETIT, Professeur de Clinique
chirurgicale.
M. le DOCTEUR SAMSON, Médecin des Hôpitaux.
M. le DOCTEUR NEE, Médecin des Hôpitaux.
M. le DOCTEUR PAYENNEVILLE, Médecin des Hô-
pitaux.
M. le DOCTEUR LOISEL, Médecin des Hôpitaux.
M. le DOCTEUR MARTIN, Professeur de Clinique
obstétricale.
M. le DOCTEUR VALLEE, Chirurgien honoraire des
Hôpitaux.

*En témoignage de notre
vive reconnaissance
pour l'intérêt qu'ils
nous ont toujours porté
et les conseils éclairés
qu'ils nous ont prodi-
gués, avec l'hommage
de toute notre grati-
tude.*

A MM. LES DOCTEURS

- A. DEROCQUE, DUPREY, PIERSON, POTEZ, CAS-
TAGNOL, HELOT, LESSERTISSEUR et DE-
COULARE DELAFONTAINE.

*qui se sont montrés si
bienveillants à notre
égard. Avec l'expres-
sion de nos bien vifs
remerciements.*

A Monsieur le DOCTEUR TAMBAREAU

*qui nous inspira le sujet
de ce travail et nous
prodigua ses conseils
avec tant d'amabilité.
Témoignage de vive re-
connaissance.*

A Monsieur le DIRECTEUR
et à Messieurs les PROFESSEURS DE L'ECOLE
DE MÉDECINE DE ROUEN

INTRODUCTION

En présence d'un ictère chronique par rétention, deux diagnostics se présentent immédiatement à l'esprit :

La lithiase cholédocienne et le cancer de la tête du pancréas.

Si, dans un certain nombre de cas, la clef du problème étiologique est donnée par l'examen clinique, l'examen radiologique et les recherches de laboratoire, parfois, la cause du syndrome d'ictère chronique par rétention ne peut être établie de façon certaine, et il est banal d'insister sur la nécessité d'une laparotomie exploratrice. Or, au fur et à mesure que se sont multipliées ces interventions exploratrices, la notion de pancréatite s'est affirmée peu à peu et on a bien vite reconnu que l'étiologie de ces pancréatites est loin d'être univoque.

La pancréatite scléreuse peut survenir dans des conditions étiologiques très polymorphes et, dans cet ordre d'idées, il nous a été donné d'en observer un cas très net chez un syphilitique.

Il nous a donc semblé que cette éventualité était intéressante à signaler au point de vue pratique, car sans doute le traitement médical antisypilitique, joint le plus souvent d'ailleurs au traitement chirurgical, était

susceptible d'amener la rétrocession de l'ictère par rétention.

Nous rapporterons donc notre observation personnelle et nous y joindrons deux observations de la collection Lecène que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Moulonguet, puis nous étudierons l'anatomie pathologique des pancréatites syphilitiques, leur symptomatologie en insistant sur les signes essentiels du tableau clinique, nous verrons quels sont les éléments principaux de diagnostic et nous terminerons par l'étude des indications thérapeutiques et du traitement.

OBSERVATION I

RAFOUNI Ahmed, 31 ans, manoeuvre, entre dans le Service de M. le Professeur Duvé, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, le 24 juillet 1933. Cet Algérien du département d'Oran, en France depuis 1926, est atteint d'ictère.

Cet homme déclare n'avoir jamais été malade auparavant. Les premiers symptômes de la maladie semblent être apparus au début de juillet; à cette époque, Rafouni s'est aperçu simplement que ses yeux devenaient jaunes, et que, petit à petit, tout le reste du corps avait pris cette même coloration; d'abord peu marquée, la teinte jaune a foncé progressivement.

Son appétit était conservé et, comme il n'avait pas arrêté son travail, il mangeait en commun avec ses camarades de travail, terrassiers comme lui, à leur cantine, donc sans suivre de régime spécial.

Le malade a présenté, avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, une légère diarrhée; il allait deux ou trois fois par jour à la selle : selles alors décolorées et liquides, dit-il. Il n'a jamais eu de vomissements; seulement le 19 juillet, il a ressenti quelques brûlures au niveau de l'estomac qui ont persisté trois jours; il se plaint également, depuis, de douleurs siégeant dans l'hypocondre droit.

Notre malade déclare avoir maigri de dix kilogs

environ depuis le début de la maladie. Manœuvre terrassier logeant à l'hôtel, il ne peut se soigner, d'ailleurs il n'a jamais vu de médecin et il se décide à entrer à l'hôpital le 24 juillet 1933.

Voici les maigres renseignements que nous avons pu recueillir de l'interrogatoire de cet homme, sur l'histoire de sa maladie.

A l'examen, le 24 juillet, on est en présence d'un Algérien au faciès amaigri, avec pommettes saillantes et aux yeux cernés. Ce qui frappe d'abord, c'est la teinte jaune olivâtre foncé des téguments, les sclérotiques également sont d'un jaune intense mais on ne note pas de xanthopsie.

La température est normale, 36°5, la langue est saburrale. On ne remarque pas de plaques de leucoplasie buccale. Sur les membres et le tronc, on note des lésions de grattage dues au prurit.

Le malade a conservé sa faim; depuis ce matin il prend du lait et des potages et n'a pas de nausées.

A l'examen du ventre, le foie a sa limite supérieure suivant le trajet de la cinquième côte, sa limite inférieure est en dehors un peu au-dessous du rebord costal, en dedans sur la ligne médiane à mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

Au-dessous du foie, dans le flanc droit, on trouve une tuméfaction fuyant sous le bord inférieur du foie. La limite inférieure de cette tuméfaction est arrondie et convexe et à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On ne note dans toute cette région ni empatement ni contracture. Cette tumeur se déplace d'ailleurs

latéralement de l'ombilic à la partie toute externe de l'hypocondre droit, mais on ne perçoit de collusion calculeuse.

La rate n'est ni palpable, ni percutable. Le reste du ventre est souple et indolore.

Au thorax, la saillie prononcée des côtes témoigne de l'amaigrissement notable du malade, l'appendice xyphoïde est enfoncé, on ne décèle pas de point de névralgie phrénique mais à droite une voussure répondant au foie est visible.

Les poumons à l'auscultation sont normaux et ne présentent pas de signes de congestion des bases. De même l'auscultation du cœur ne révèle aucun bruit anormal, pas de clangor du deuxième bruit mais le rythme est lent, 48 pulsations à la minute.

Les réflexes pupillaires à la lumière sont lents mais présents. Les réflexes rotuliens et achilléens sont présents et normaux.

Les urines émises en 24 heures, 1 litre environ, sont foncées d'une couleur brun-vert presque noires, mousseuses.

Leur examen ne montre la présence ni d'albumine ni de sucre, la réaction de Hay est négative, mais par contre elles contiennent des pigments biliaires en grande quantité.

Les selles sont abondantes, pâteuses d'un jaune très pâle presque blanches.

On ne note pas d'antécédents lithiasiques, le malade n'a jamais eu de coliques hépatiques. Après le repas il n'a jamais ressenti la sensation de plénitude gastrique,

jamais d'éructations, il a toujours bien digéré les œufs et la graisse, n'a jamais souffert, n'a eu que peu de diarrhée.

Pas de paludisme, pas de typhoïde.

Pas d'antécédents hydatiques, et il nie également tout accident spécifique, on ne note d'ailleurs aucune trace de chancre sur la verge.

Le malade reste naturellement dans le service et on pratique les différents examens suivants :

Le 26 juillet : Tubage duodéal. Absence complète de tout écoulement de bile aussi bien avant qu'après l'instillation de sulfate de magnésie.

Le 27 juillet : La décoloration des matières est plus marquée. On administre au malade un grand lavement froid et on le met au régime lacté et au bouillon de légumes.

L'examen radioscopique ne confirme pas l'examen clinique quant à la position du foie qui ne paraît pas remonté. La vésicule est encore perceptible de consistance molle rénitente presque fluctuante et plus en dehors que la position vésiculaire normale. La radioscopie montre la mobilité de cette tuméfaction vésiculaire qui occupe les positions successives entre la partie externe de l'hypocondre droit et l'ombilic, suivant les déplacements du malade.

Le 28 juillet : La radiographie avec tétraiode ne décèle pas de calculs. La vésicule n'a pas été injectée et n'est pas visible. On ne voit pas d'images calcifiées pouvant faire penser à un kyste. Le foie ne paraît pas anormalement remonté.

Le 31 juillet : On pratique une prise de sang.

La réaction de BORDET-WASSERMANN est +++.

La réaction de VERNES = 107.

La réaction de WEINBERG et la précipito réaction sont négatives.

Le malade est toujours apyrétique, sa température n'oscillant qu'entre 36°5 et 37°2, le pouls s'est un peu accéléré et se maintient aux environs de 60 pulsations à la minute.

La quantité des urines émises en 24 heures, qui atteint 1 litre 3/4, s'est donc notablement accrue, mais ces urines présentent toujours les mêmes caractères que précédemment.

Le 4 août : On met le malade au régime végétarien et on institue un traitement antisyphilitique, une injection intra-veineuse par jour de 1 cc. de cyanure de mercure. Cette première injection déterminera, le surlendemain, une diurèse plus abondante : 3 litres, mais dans les jours suivants la quantité des urines émises sera de 1.500 gr. environ.

En même temps, on pratique une cuti-réaction hydatique qui est négative, de même que la réaction hydatique tardive. On ne note pas, non plus, d'éosinophilie.

On est donc en présence d'un malade qui présente, depuis plus d'un mois, un syndrome d'ictère chronique par rétention. Cet ictère s'est installé progressivement sans ou très peu de douleurs qui n'ont d'ailleurs pas persisté, puisque, depuis son entrée à l'hôpital, ce malade ne s'est jamais plaint.

D'autre part, on n'a noté que quelques douleurs

épigastriques vagues qui n'ont duré que trois jours, mais jamais de troubles digestifs. Cet ictère très foncé n'a pas varié depuis le 24 juillet et le thermomètre n'a enregistré aucune poussée fébrile. La palpation nous a montré une grosse vésicule molle très mobile.

On écarte, tout d'abord, le diagnostic de cancer de la tête du pancréas étant donné l'âge du sujet : 31 ans.

Pendant quelque temps, on avait émis l'hypothèse d'un kyste hydatique, le malade ayant vécu avec des chiens à Oran; mais la réaction de WEINBERG, la cuti-réaction hydatique négatives, l'absence d'éosinophilie et la radiographie négative nous font abandonner ce diagnostic.

On pense qu'il s'agit d'une lithiase du cholèdoque évoluant sans douleurs ni poussées fébriles chez un sujet jeune avec ictère très peu variable et vésicule dilatée.

Le 13 août : Le Professeur DÉVÉ décide de transférer le malade dans le Service de chirurgie du Docteur TAMBAREAU.

Le 17 août : On prépare le malade pour l'intervention; d'abord on lui administre une purgation, et on pratique une injection de 500 c. c. de sérum glucosé. On recherche également le temps de saignement : deux minutes, et le temps de coagulation : sept minutes.

Le 18 août : Rafouni est opéré.

Anesthésie générale : Ether.

*Diagnostic clinique : Oblitération du cholédoque
probablement calculeuse.*

Etant donné le mauvais état général du malade, on décide de pratiquer l'intervention en deux temps.

Cholécystostomie. Laparotomie transversale. Dans l'hypocondre droit, le foie est volumineux, la vésicule distendue sans adhérences. Après protection du champ opératoire, on ponctionne la vésicule pour la vider de son contenu, issue d'une bile très légèrement décolorée, pas trouble (on en recueille d'ailleurs pour examen bactériologique).

La palpation, devenue alors possible, ne permet pas de sentir de calcul. On ouvre la vésicule et on explore discrètement la voie biliaire principale sans percevoir le moindre calcul. On referme la paroi en un plan au bronze. Fixation de la vésicule, en deux plans, un plan au fil de lin péritoine vésicule, deuxième plan au fil de lin, orifice vésiculaire-peau.

On laisse une sonde de PEZZER coudée N° 40 dans la vésicule.

On conserve l'opinion qu'il s'agit d'un calcul du cholédoque bien que n'en ayant pas perçu.

On émet l'hypothèse d'une boue biliaire ayant ensablé les canaux. L'état général du malade empêche de faire une exploration plus prolongée.

Dans les jours qui suivent cette intervention, on constate une amélioration très notable dans l'état du malade. Malgré son teint jaune naturel, la peau se décolore,

mais cette décoloration est plus marquée aux sclérotiques.

Le malade réclame à manger, son état général est bien meilleur qu'avant l'intervention. Le 29 août, on retire les fils; l'examen bactériologique de la bile qui avait été prélevée a montré : aucun microbe culture négative, d'ailleurs la sonde a donné, en moyenne, 500 gr. de bile par jour.

Rafouni, qui pesait 62 kil. 300 avant l'intervention, le 16 août, pèse, le 23 septembre, 64 kil. 400.

La courbe de température est toujours normale et n'a dépassé 37°5 que les six premiers jours après l'opération. Il en a été de même pour le pouls qui se maintient entre 60 et 80. La quantité des urines émises, en 24 heures, est plus variable, tantôt elle n'atteint qu'un litre ou, au contraire, le lendemain, elle dépassera 2 litres.

Le 25 septembre, on pratique un examen radiographique après avoir injecté la vésicule par voie externe au moyen du Lipiodol : la voie biliaire principale n'est pas injectée.

L'état général continuant à s'améliorer considérablement, on décide une deuxième intervention pour lever l'obstacle. Le 26 septembre, après préparation du malade, résection de l'ancienne cicatrice excisée en quartier d'orange autour de l'orifice vésiculaire. Fermeture provisoire en bourse de la vésicule. L'exploration de la voie biliaire principale et le cathétérisme avec explorateur métallique ne donnent à aucun moment la sensation de calcul.

Par contre, la main qui palpe sent, au niveau de la partie terminale du cholédoque, une tuméfaction dure comme du bois qui se prolonge vers la gauche et que l'on constate être le pancréas induré dans sa totalité : véritable pancréatite ligneuse qui est incontestablement la cause des phénomènes de sténose cholédocienne observés.

On décide alors de ne pas supprimer la vésicule qui n'est, en réalité, pas malade et de faire simplement une dérivation de la bile que l'on réalise par cholécystogastrostomie en deux plans au fil de lin. Fermeture de la paroi en un plan au bronze sans drainage.

On n'a pas cru devoir pratiquer de biopsie à cause de l'inconvénient d'une fistule pancréatique éventuelle.

Suites opératoires. — La température ne redevient normale que le huitième jour après l'intervention. Le cinquième jour, on administre au malade une purgation et, le lendemain, on a l'émission de selles décolorées et d'urines un peu moins foncées (2 litres par 24 heures).

Le 9 octobre, on retire les fils de bronze. Le 12 octobre, la plaie opératoire ne présente aucun point de suppuration, on fait un dernier pansement; l'amélioration, tant au point de vue des urines, que des selles, continue à se manifester et, le 16 octobre, le malade, qui n'a jamais présenté d'élévation de température anormale et qui commence déjà à reprendre des forces, est renvoyé dans le service de médecine.

Ici, Rafouni commence sa convalescence, il mange de bon appétit et on reprend le traitement antisypilitique par le cyanure de mercure.

Le 17 octobre : Le malade, qui continue à prendre ses repas avec appétit sans troubles dyspeptiques, pèse alors 63 kil. 500, les urines et les selles sont devenues de coloration presque normale, il présente du subictère et une asthénie marquée.

Le 26 octobre : Le malade sort de l'Hôtel-Dieu guéri, plaie opératoire complètement cicatrisée n'ayant d'ailleurs pas suppuré. Cependant, on l'envoie au service de dermato vénéréologie, afin de continuer le traitement anti-syphilitique. Cet Algérien n'a suivi ce traitement que très irrégulièrement et très peu de temps (une série de vingt cyanures seulement a été pratiquée).

Malgré nos efforts, il nous a été impossible de le retrouver.

Nous avons simplement appris qu'il avait repris son dur travail de terrassier, le 15 novembre 1933, réemployé par la même entreprise qui l'avait déjà employé avant son opération.

Il a travaillé ainsi sans sembler, paraît-il, se ressentir d'aucun trouble, jusqu'au 14 mars 1934, date à laquelle il a été débauché, les travaux entrepris par son patron étant terminés.

OBSERVATION II

(De la collection Lecène due à l'obligation
de M. le Professeur agrégé MOULONGUET.

M. X..., 30 ans, entre à l'hôpital en juin 1924 pour ictère durant depuis trois mois et ayant débuté le 15 mars 1924 par coloration jaune des téguments. Cet homme, sans passé pathologique, était jusque-là parfaitement bien portant, mais on note des antécédents personnels syphilitiques.

La coloration ictérique d'abord claire a progressivement foncé pour arriver, en douze jours, à la teinte et à la généralisation actuelles.

L'ictère s'accompagne, presque immédiatement, de prurit intense et assez généralisé.

Les urines deviennent abondantes et foncées d'une coloration acajou. Les matières s'éclaircissent pour devenir parfois blanches huileuses ou jaunes.

Enfin, le malade commence à souffrir de l'estomac sans que les douleurs gastriques présentent un horaire particulier et sans qu'elles soient en rapport avec les repas. Parfois, les douleurs s'accompagnent de vomissements. On note un certain dégoût pour les graisses mais l'appétit est conservé pour la viande et les légumes.

Le malade prétend avoir eu un peu de fièvre lors de l'apparition de l'ictère.

Depuis le mois de mars jusqu'à maintenant, l'ictère n'a jamais rétrocédé complètement, mais il arrive, de temps à autre, que les urines s'éclaircissent, que les matières se recolorent et que la coloration des téguments devient moins intense.

Les périodes de légères rémissions durent deux ou trois jours puis l'ictère réapparaît aussi foncé qu'auparavant et les urines redeviennent acajou.

Les signes généraux sont marqués par de l'asthénie, des maux de tête et surtout un amaigrissement considérable. En trois mois, le malade a perdu 15 kilogs, dit-il.

Le prurit devient de plus en plus intense, surtout la nuit. La température est normale. On ne note jamais de grande crise douloureuse.

Actuellement, ce malade présente une coloration jaune des téguments généralisée plus marquée cependant dans la région thoracique, à la face interne des bras et au niveau de la face.

On remarque également une coloration des muqueuses buccales et la coloration jaune des conjonctives.

Les urines sont abondantes, foncées, la réaction de Gmêlin et de Hay sont positives.

La palpation de la région hypocondriaque droite est légèrement douloureuse.

Le foie volumineux déborde nettement le rebord costal droit et on sent une tumeur lisse séparée par un sillon du bord inférieur du foie, sans toutefois y être appendue en battant de cloche. Cette tuméfaction mo-

bile avec les mouvements respiratoires est rénitente, du volume d'une grosse orange, elle atteint la ligne médiane.

On pose alors le diagnostic d'ictère chronique par rétention probablement pancréatite.

Le 13 juin 1924, le malade est opéré par le Professeur LECÈNE. Anesthésie générale à l'éther. Incision oblique parallèle au rebord costal droit.

On tombe sur une vésicule énorme, foie gros, vert olive, le cholédoque est très dilaté. A la palpation, on sent une induration de la tête du pancréas. Le long de la traversée du cholédoque on trouve quelques ganglions. Il est probable que cette induration est plutôt inflammatoire que néoplasique.

Le duodénum est libre.

On fait une cholécysto-gastrostomie sur l'antrum pylorique. La vésicule contient un liquide verdâtre, bleuâtre.

Suites opératoires. — Le malade sort le 2 juillet, complètement guéri.

Il revient au traitement antisyphilitique. Revu le 29 janvier 1925, il est tout à fait déjauni mais présente encore quelques troubles dyspeptiques.

Le malade est mort le 15 juillet 1925 en province, sans qu'il soit possible de préciser la cause du décès.

OBSERVATION III

(Collection Lecène.)

Mme X..., 47 ans, employée dans la fourrure, entre à l'hôpital le 19 juillet 1926, pour ictère et prurit. Le début de la maladie semble remonter à un mois, époque depuis laquelle cette femme est devenue progressivement jaune, sans ressentir aucune douleur. Elle a remarqué, en même temps, que ses matières se décoloraient parfois, que ses urines étaient rouges, mais jamais elle n'a constaté de fièvre.

L'ictère était essentiellement intermittent, fonçant ou s'éclaircissant d'un jour et même d'une heure à l'autre.

Ce n'est que depuis huit jours que cet ictère généralisé est permanent et qu'il foncit progressivement.

L'amaigrissement est très marqué : 10 kilogs en un mois et demi.

Antécédents personnels. — Il y a deux ans, elle aurait ressenti une vive douleur dans la région épigastrique. Puis cette malade a été opérée, le 3 juillet 1925, à l'hôpital Saint-Joseph, pour rétroversion utérine.

On note une syphilis certaine connue de son médecin. Elle a eu deux enfants et a fait huit fausses couches.

Examen. — On est en présence d'une femme très maigre, ptosique, facile à palper.

On sent une très grosse vésicule, en battant de cloche, sous-hépatique.

Les urines sont foncées avec présence de sels et pigments biliaires.

Les selles sont décolorées.

Opération le 21 juillet 1926, par le Professeur LECÈNE. — Anesthésie générale éther. Incision verticale à travers le droit à droite. Vésicule très distendue. La ponction de celle-ci laisse écouler une bile noirâtre.

Cholécysto-duodénostomie, opération facilitée par la ptose.

Au palper, la tête du pancréas est indurée et oedémateuse au niveau de l'embouchure du cholédoque.

Impression. — Peut-être néoplasme au début, peut-être syphilis.

Suites opératoires. — La malade est sortie apyrétique, le 14 août, sauf un crochet à 38°, le 12 août.

Revue le 30 novembre, elle a repris 4 kilogs.

L'ictère a complètement disparu, les selles sont foncées normales, les urines claires.

Elle a reçu, depuis sa sortie de l'hôpital, une série de dix injections d'Hectargyre B.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans le cas qu'il nous a été donné d'observer, on n'a pas pratiqué de biopsie en raison des dangers que présente cette manœuvre : hémorragie, cytotéatonecrose, fistule pancréatique. Toutefois, il nous paraît logique d'admettre un rapport de cause à effet entre la syphilis et la pancréatite, en raison d'une part de l'absence de toute lésion locale expliquant la pancréatite : ulcère du duodénum, lithiase pancréatique, lithiase biliaire et aussi d'autre part en raison des résultats de l'examen sérologique et des bons effets du traitement ; la syphilis se comportant habituellement comme un grand facteur de sclérose.

Nous signalerons qu'il est classique d'en décrire deux formes :

1° Une forme hypertrophique réalisant le syphilome avec ictère ;

2° Une forme scléreuse ou scléro-gommeuse réalisant une pancréatite atrophique : véritable pancréas ficelé.

De toute façon, le pancréas étant un organe profond rétro-péritonéal difficilement accessible au palper, ne traduisant que tard sa souffrance, il est rare de poser un diagnostic étiologique précis avant l'apparition des troubles de compression cholédocienne. En somme, l'anatomie pathologique nous explique que la symptoma-

tologie sera une symptomatologie d'emprunt. Mais, d'ailleurs, le mécanisme de cette compression n'est pas univoque. Elle peut être due, soit à une compression directe par la tumeur, soit à une compression indirecte par adénopathie, car la tête du pancréas est anatomiquement une région complexe. La glande à ce niveau est contenue dans une loge constituée en avant par le péritoine pariétal, en arrière par le fascia de Treitz, avec du tissu cellulaire de glissement; de nombreux ganglions lymphatiques sont contenus dans cette loge drainant non seulement le pancréas mais les voies biliaires. Si bien que l'hypertrophie constatée au cours des interventions ne relève pas fatalement de la glande seule, mais peut encore reconnaître comme cause une cellulite péri-pancréatique, une péricholédocite et une adénopathie des ganglions pancréatiques et péripancréatiques.

TABLEAU CLINIQUE

Après l'observation que nous venons de rapporter, nous serons bref sur l'exposé du tableau clinique de ces pancréatites qui se résument au tableau d'un ictère chronique par rétention.

En effet, le début est insidieux; l'ictère s'installe progressivement avec décoloration des matières et pigmentation des urines; c'est d'ailleurs ce qui incite le malade à consulter, et il se présente comme atteint d'un ictère chronique par rétention. Dans les observations qui ont été rapportées, ce fut le seul signe qui motiva le premier examen médical.

Le tubage duodénal montre l'absence de tout écoulement de bile ou de liquide pancréatique; l'évolution est, en général, continue et progressive sans poussées fébriles ni paroxysme douloureux; la radiographie avec ou sans tétraïode montre l'absence de tout calcul vésiculaire et cholédocien.

En présence d'un tel ictère, les deux causes que l'on discute avant tout sont :

La lithias cholédocienne et le cancer de la tête du pancréas.

Il y a, en effet, peu de caractères propres dans ce tableau qui puissent faire songer à une pancréatite.

On va procéder par élimination après avoir discuté

les deux causes qui vont se présenter immédiatement à l'esprit : Lithiose et Cancer.

A l'interrogatoire, on peut trouver des troubles digestifs qui sont déjà en rapport avec la pancréatite. De même, le sujet peut accuser dans ses antécédents des crises douloureuses extrêmement intenses qui vont revêtir une grande acuité, et qui pourraient orienter vers une cholécystite calculieuse avec paroxysme douloureux à type coliques hépatiques. Mais rapidement un certain nombre d'éléments vont amener à suspecter ce diagnostic.

La zone douloureuse que l'on trouve à l'examen siège non pas au niveau de la vésicule mais dans la zone pancréatique de Chauffard ou dans la région coeliaque.

C'est aussi l'absence de toute température. On ne retrouve pas ces grands accès à type pseudo-palustre précédés de frissons suivis de sueurs, comme il est fréquent d'en rencontrer dans la lithiase cholédocienne.

C'est le type continu de l'ictère alors que, dans la lithiase, l'œdème et l'infection des voies biliaires jouent dans l'intensité de l'ictère un rôle considérable, si bien que l'on voit celui-ci, au lendemain du paroxysme fébrile, foncer ainsi que les urines, tandis que les selles se décolorent. Il n'y a rien de semblable dans les cas observés. Les examens de laboratoire, la radiographie et le tubage duodénal ne peuvent apporter aucun élément décisif au diagnostic, mais confirment simplement la rétention.

Dans le cancer, on est, en général, en présence d'un

sujet plus âgé, plus amaigri, mais le tableau clinique est identique.

Chez un sujet jeune, chez lequel on a éliminé la lithiase, on pourra envisager la possibilité d'une pancréatite et, dans ce cas, nous insistons sur l'amaigrissement considérable qui donne à cet ictère la note pancréatique. Cet amaigrissement est en faveur de la déficience pancréatique entraînant une digestion incomplète non seulement des graisses mais encore des albuminoïdes et des sucres.

Si cette hypothèse de pancréatite paraît devoir être retenue, on saura que, parmi les causes de celle-ci, la syphilis est une cause possible et on fera un examen complet du malade dans ce sens du point de vue clinique et sérologique. On recherchera une cicatrice de chancre, une leucoplasie, une aortite, l'existence d'un Bordet-Wassermann positif, l'on essaiera l'épreuve du traitement qui, alors, doit faire rétrocéder l'ictère, du moins partiellement, s'il ne s'agit pas de lésions scléreuses trop avancées.

On voit donc que le diagnostic ne peut être que soupçonné mais jamais affirmé; cependant, parmi tous les signes cliniques, certains ont une valeur localisatrice et nous voudrions insister sur l'amaigrissement très rapide :

L'absence de douleurs et de température.

Les examens de laboratoire; les selles qui, dans l'insuffisance pancréatique sont graisseuses, huileuses, contenant moins d'eau, ont une réaction neutre ou alcaline au tournesol. Microscopiquement, l'examen permet

d'y reconnaître la présence de fibres musculaires et la présence de graisse.

Enfin, la recherche des ferments pancréatiques dans les féces ne permet de doser que l'amylase.

Dans le sang et les urines, on recherchera la présence de l'amylase. La méthode de CAMMIDGE a été souvent critiquée et MM. BERNIER et GRIMBERT lui refusent toute signification.

Chez un sujet âgé, il n'y a aucun élément qui permette d'éliminer franchement le cancer, les deux tableaux cliniques se ressemblent à s'y méprendre et le diagnostic ne sera fait que par l'évolution après dérivation de la bile.

En résumé, ictère, amaigrissement, douleurs, troubles digestifs, signes physiques sont les symptômes qui peuvent nous guider dans les pancréatiques chroniques. Cependant, seul l'amaigrissement rapide, l'évolution de l'ictère, le siège de la douleur peuvent nous mettre sur la voie du diagnostic.

FORMES CLINIQUES

Les pancréatites chroniques peuvent revêtir des formes diverses.

Les pancréatites chroniques avec ictère peuvent se présenter sous deux aspects ; ou bien elles ont une allure inflammatoire et fébrile ou bien une allure néoplasique.

Dans le premier cas, elles ressemblent à une lithiasé biliaire, la symptomatologie alors est dominée par la douleur avec vomissements, fièvre, vésicule distendue, gros foie et un ictère chronique par rétention qui ne s'atténue pas après une crise douloureuse.

Dans le second cas, l'ictère semble être le phénomène initial ; il est apparu sans douleur, sans température, il est stable et s'accompagne, comme nous l'avons vu dans nos observations, d'un amaigrissement considérable et d'une asthénie extrême.

Dans les pancréatites chroniques douloureuses, ce sont les douleurs qui dominent le tableau clinique et c'est pour en découvrir la cause et essayer de les calmer que l'on intervient. Ces douleurs très intenses ont pu être comparées aux crises gastriques du tabès.

L'on pourra aussi rencontrer des pancréatites chroniques avec aortite ou tabès.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

La question des pancréatites étant de plus en plus à l'ordre du jour, les médecins auront l'attention attirée sur cette affection.

Cependant, nous n'insisterons pas sur le diagnostic clinique car sa difficulté est souvent considérable et, malgré toutes les recherches et les explorations pratiquées, il reste souvent en suspens.

On est donc, le plus souvent, en présence d'un ictère chronique par rétention dont il faut rechercher la cause.

On éliminera la lithias cholédocienne devant l'absence de douleur, de température, la continuité de l'ictère et l'examen radiologique, en pensant que les calculs cholédociens sont souvent invisibles à la radiographie et que l'examen avec tétraïode est contre-indiqué chez les ictériques et, de même, on éliminera le cancer du pancréas, ou compression par adénopathie qui se rencontre, en général, chez un sujet plus âgé.

La tuberculose du pancréas qui est habituellement une lésion secondaire associée à d'autres lésions tuberculeuses le plus souvent pulmonaires, ne peut être retenue ici, de même que la rupture d'un kyste hydatique dans les voies biliaires.

Ayant écarté ces causes, on pourra penser à une pancréatite : pancréatite compliquant une lésion des

voies biliaires ou un ulcus. C'est alors que la cause n'apparaissant pas nettement, on recherchera les stigmates de syphilis, toutefois en faisant une restriction sur le résultat du Bordet-Wassermann, dont la valeur peut être suspectée chez un ictérique — dans ce cas, un traitement d'épreuve antisyphilitique peut être pratiqué.

Dans l'état actuel de nos connaissances, le diagnostic est extrêmement difficile et il n'est pas douteux que les malades peuvent bénéficier d'une intervention et c'est au cours de cette intervention que le diagnostic pourra être posé.

TRAITEMENT

Le traitement médical sera un traitement antisyphilitique en pensant bien toutefois que les lésions scléreuses anciennes seront peu influencées.

Après avoir vérifié l'état des reins on pourra pratiquer des injections intra-veineuses de cyanure de mercure qui ont donné de bons résultats chez notre malade. L'arsenic semble devoir être abandonné ou, en tous cas, devra être manié très prudemment.

On pourra donc allier un traitement mercure bismuth prolongé sans omettre la médication iodurée pendant les périodes de repos où l'on ne pratiquera pas d'injections intra-veineuses ou intra-musculaires.

Ce traitement médical seul ne semble pas devoir donner des résultats suffisants, il est donc nécessaire de lui joindre le traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical n'est qu'un traitement symptomatique qui s'adresse à la rétention et a pour but de faire une dérivation de la bile en amont de l'obstacle. Cette dérivation peut être externe ou interne dans le tractus digestif.

La dérivation externe se fait sur la vésicule qui est un organe facilement accessible et sur lequel on intervient plus aisément si l'on veut faire une anastomose sur le cholédoque.

La cholécystostomie qui agit en drainant la bile fait rétrocéder l'infection et fait cesser la rétention. On espère ainsi rétablir la perméabilité du cholédoque et lorsque celui-ci a retrouvé un calibre suffisant on procède à la fermeture de la dérivation si celle-ci ne se ferme pas spontanément. (Cette fermeture se faisant trois mois environ après l'intervention.)

Dans certains cas, l'opération ne paraît pas atteindre son but, la fistule ne se ferme pas, le cours de la bile ne se rétablit pas, c'est pourquoi on s'est demandé si l'on ne pourrait pas d'emblée faire une dérivation interne.

Certains ont préconisé une cholécysto colostomie. Cette intervention est à proscrire, car d'abord elle n'est pas physiologique et le colon est un organe toujours infecté, l'infection peut alors gagner les parois de la vésicule et l'on va ainsi à l'encontre du but poursuivi.

Théoriquement l'intervention la plus séduisante est la cholécystoduodénostomie. Mais elle n'est pas toujours facile à réaliser car le duodénum est un organe fixe sur lequel les sutures ont souvent un caractère assez précaire; c'est pourquoi il est préférable toutes les fois que la réalisation en paraît difficile de pratiquer une cholécystogastrostomie. Ainsi la bile s'écoule dans l'estomac au lieu du duodénum comme normalement, mais cela ne paraît pas avoir d'inconvénient au point de vue digestif.

La cholécystostomie sera à faire dans deux cas :

1° Si on remarque une infection des voies biliaires

surajoutée il est préférable de dériver à l'extérieur qu'à l'intérieur une bile septique.

2° Si on est en présence d'un malade vraiment peu résistant, amaigri, déshydraté, il y a lieu de faire d'abord l'intervention minimum, c'est-à-dire la cholécystostomie. Dans un second temps, quelques semaines après, lorsque le malade aurait pu s'alimenter un peu et qu'il pourra supporter une intervention plus longue, on pratiquera la cholécystogastrostomie.

CONCLUSIONS

1° On voit survenir les pancréatites dans des conditions étiologiques très différentes.

Parmi celles-ci, il existe indiscutablement des pancréatites chez les syphilitiques. Il y a lieu logiquement d'établir un rapport de cause à effet entre la pancréatite et la syphilis.

2° Les pancréatites se manifestent par un signe clinique essentiel :

L'ictère chronique par rétention causé par compression en rapport avec la pancréatite scléreuse ou sclérogommeuse et la sclérose peri-cholédocienne.

3° Le traitement d'épreuve anti-syphilitique est capable sinon de faire rétrocéder complètement l'ictère, tout au moins de l'améliorer, il devra toujours être joint au traitement chirurgical lorsque celui-ci sera nécessaire.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

P. DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCHIBALD (Edward). — Effect of prolonged bile drainage in the cure of subacute and chronic pancréatit is. (*J. Am. Méd. Ass.* 1918, LXXI, 798-799.)
- ARNSTEIN. — Chronische Pankréatitis (zentralbt, f. d. gienz. geb. d.) (*Méd. chir.* 1912 XV, 90-141.)
- BAQUELAINE. — Cholécysto-gastrostomie. (*Le Scalpel*, 14 août 1926.)
- BAR (R.). — Cholécyst-gastrostomy. (J. Tenn M., assoc.) (*Mashiville* 1914-1915, VII, p. 454.)
- BAUDET. — Ictère permanent, occlusion du cholédoque par affection chronique du pancréas (néoplasme?) Ablation de la vésicule biliaire; abouchement du cholédoque dans le duodénum; guérison. (*B. et M. Soc. Chir., Paris* 1924, L, 240-241.)
- BELAJEV (A.-P.). — Zur Frage ueber die Funktion der Pankréas drüse bei syphilitikern. (*Arch. J. Verdauungskr.*, 46, 318, 323, déc. 1929.)
- BÉRARD ET MALLET (Guy). — Physiologie et technique de la cholécysto-gastrostomie. (*J. de Clin*, mars 1928, p. 321.) — Les indications légitimes de la cholécysto-gastrostomie. (*Lyon Chir.*, T. XXVI, N° 1, janv.-fév. 1930 P. S.)
- BERGHAUSEN (O.). — Gumma of Pancréas. (*An. J. Syph.* 14, 7174, janv. 1930.)
- BROCQ ET MIGINIAC. — Chirurgie du Pancréas.
- BRUNET (Laurent-Simon). — Contribution à l'étude des pan-créatites chroniques. (*Thèse Paris* 1927.)

- CAMMIDGE. — Observation on the urine in chronic disease of the pancréas. (*Proc. Roy Soc. Lond.* 1909, L. XXXI, 372-380.)
- CANNAC (L.-B.). — De la cholécysto-gastrostomie. (*Thèse Bordeaux* 1897-1898, in-8°, n° 13.)
- CARNOT. — Recherches expérimentales et cliniques sur les pancréatites. (*Th. Paris* 1897-1898.)
- CARNOT ET PÉRON. — Pancréatite atrophique scléro-gommeuse et rétro-péritonite calleuse syphilitique. (*Bul. et mem. soc. méd. des Hôp. de Paris*, n° 27, 25 juillet 1924.)
- CARRERA (Luis). — Histopatologia y clinica de la sífilis del pancréas. (*Arch. Espanoles de Enfermadades del Aparato digestivo y de la nutricion*, junio 1929.)
- CHABROL. — Les scléroses du pancréas. (*Gaz. Hôp.* 1907, L. XXX, 543, 548, 579.)
- COMESSATI. — Contributo alla studie delle affezioni chroniche del Pancréas. (*Riv. crit di clin. Méd.* 1912, XIII, 291-303.)
- CUMSTON. — The diagnostic of chronic pancréatitis. (*Internat Clin.* 1919-20, S. II, 53-66.)
- CUNEO. — La cholécysto-gastrostomie. (*Paris Méd.* 1927, I, 21 mai, p. 491-493.)
- DEAVER. — Pancréatites chroniques : symptômes, diagnostic et traitement, d'après l'étude de 38 cas. (*The Journal of the Am. Méd. Ass.* LVI n° 15, 15 avril 1911, 1079-1083.)
- DELBET (Paul). — Pancréatites chroniques. (*Cong. Fr. de chir.* 1902, 520-523.)
- DIEULAFOY. — L'ictère par pancréatite scléreuse. (*Rev. gén. de clin. et de théér.* 1910, XXIV, 135.)
- GÂTE. — A propos du traitement de manifestations viscérales de la syphilis acquise. (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 octobre 1928.)

- GEISZ (P.). — Contribution à l'étude de la cholécysto-gastrotomie. (*Thèse Paris* 1930.)
- GULEKE. — Sur le diagnostic et le traitement de la pancréatite chronique (comm. au XL. I. Cong.) (*All. de chir. Berlin*, août 1912, in *Zent fur chir.* XXXIX, n° 30 27 juillet 1912.) (Supplément 55-56.)
- HORSLEY (J.-S.). — Experimental study of cholécysto-gastrotomy and cholécysto-duodénostomy. (*South. Méd. J.* XX 1927, sept., p. 669-674.)
- HUBER (K.). — Pathologisch anatomische Mittheilungen syphilis du pancréas. (*Arch. d. Heilk* 19, 430, 1878.)
- JENTZER. — La cholécysto-gastrotomie. (*Sch. Méd. Woch*, n° 22, 3 juin 1933.)
- JOSSERAND. — Pancréatites chroniques. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 5 mai 1914. *Lyon Méd.* 1914, C. XX, II, 1118, 1120.)
- KLIPPEL ET LEFAS. — Affections du Pancréas. (*Arch. Gén. Méd.* 1899, 74-115.)
- LANGWORTHY. — Chronic pancréatitis. (*Long. Island, M. J.* 1920, XIV, 472-474.)
- LAPOINTE ET TRÉMOLIÈRE. — Pancréatite terminée par ictère grave sans lithiasé biliaire. (*Arch. Mal. appareil dig.*, etc., 1907, I. 212-219.)
- LETULLE (M.). — Syphilis du pancréas, anatomie pathologique. (T. III, p. 1784.)
- Les formes larvées de la syphilis du pancréas. (*Monde Médical*, 15 octobre 1928, p. 801.)
- LEURET ET SECOUSSE. — Gomme syphilitique de la tête du pancréas. (*Soc. de Méd. et clin. de Bordeaux*, 16 janvier 1914.)
- LINDBOM. — Contribution à l'étude de la syphilis pancréatique chez l'adulte. (*Act. Méd. Scandinav.* 1923, p. 537.)
- LUCHERINI (T.). — Le pancréatiti. Pancréatiti acute pancréatiti croniche tuberculosi del pancréas sifilide del pancréas. (*Riv. d'osp.* 18, 423, 464, nov. 1928.)

- MALLET (Guy). — Pancréatites chroniques avec ictère. Causes diagnostic et traitement. Valeur et résultats éloignés de la cholécysto-gastronomie. (*Thèse Lyon* 1925 1926.)
- MALOSSANE. — Indications et technique de la cholécysto-gastrostomie. (*Thèse Lyon* 1930-1931.)
- MATHIEU (F.). — Pancréatites non biliaires. (*Thèse Lyon* 1913-1914.)
- MAYO (W.). — Cholecystitis without stones or jaundice in its relation to chronic pancreatitis. (*Am. J. S.* 1914, CXLVII, 469-474.)
- MAYO-ROBSON. — Pancreatitis with especial reference to chronic pancreatitis its simulation of cancer of the pancreas and its treatment by operation, with illustrative cases. (*Lancet* 1900, II, 235-240.)
- MICHAUX. — Scléroses pancréatiques. (*B. et M. Soc. Chir.* 1902, XXVIII, 66-67.)
- MOCQUOT. — L'intervention chirurgicale dans certains ictères par rétention sans obstacle. Influence du drainage biliaire externe sur les fonctions hépatiques. (*J. de clin.* XVI, n° 2, fév. 1933, p. 177-193.)
- MOSETIG-MOOHROFF. — Schweres Krompessionsikterus durch tumor bildende chronische Pankréatitis. (*Wiener Méd. Press* 1902, XLIII, 66-67.)
- NICOLL. — Remarks on the frequency, diagnosis and treatment of chronic pancreatitis. (*Brit. M. J.* II 1919, 625-627.)
- OPIE. — The causes and varieties of chronic interstitial pancreatitis. (*J. Am. Méd. ass.*, mai 1902.)
- OKINCZYK. — Tactique chirurgicale, pancréas, rate.
- PARMENTIER ET CHABROL. — Pathologie du pancréas. (*In Nouveau traité de Méd. Roger Vidal-Tessier*, XV, 139, 187, 1923.)
- PATEL. — Pancréatite chronique avec ictère et cholécysto-gastrostomie. Forme anormale de pancréatite chroni-

- que. (*Arch franco-belges de chir.*, 32, 576, 577, juillet 1930.)
- PERRIN (F.). — Le cholécysto-gastrostomie dans l'occlusion supposée complète et directement irrémédiable du cholédoque. (*Thèse de Lyon* 1901-1902, M. 8°, n° 96.)
- PIGNACCA. — Sulla pancreatite cronica. (*Morgagni Milan* 1914, LVI, 472-480.)
- POLLISSON ET DECHAUME. — Pancréatite chronique syphilitique. (*Lyon Médical*, 139, 752-757, 26 juin 1927.)
- POURTOY. — De l'induration inflammatoire de la tête du pancréas, son rôle dans certains cas d'obstruction des voies biliaires. (*Thèse Lyon*, 1902-1903.)
- PRESNO (J.-A.). — Indicaciones y resultados lejanos de la colécisto-gastrostomia. (*Revista de Méd. y cir de la Habana*, XXXII, 1927, 25 janv. p. 31-40.)
- RATHERY. — Articles : Maladies du Pancréas. (*In Debove Achard Castaigne*, II, 1908.)
- ROCHAS. — Contribution à l'étude de la syphilis acquise du pancréas. (*Thèse de Paris*, n° 580, 1924.)
- ROTH. — Chronic pancreatitis. (*New-York*, M. J. 1913, XCVII, 1106-1108.)
- ROUVIER. — Etude des pancréatites syphilitiques de l'adulte. (*Thèse Lyon*, 1930-1931.)
- SAILER. — Chronic pancreatitis. (*Ann. J. M. Soc.* 1919, CXL, 330-339.)
- SCHELL. — Syphilis of pancréas. (*Am. J. Surg.*, 31.259, 1917.)
- SINGER. — Pancréatitis syphilitica. (*Wiener Klin Woch.* 1920, p. 482.)
- TIETZE. — Sur la pancréatite chronique indurée. (Ass. Silés pour l'avancement des sciences, novembre 1904. (*In Presse Méd.* 1904, XII, 837-838.)

- UDAONDO. — Syphilis of pancréas. (*Rev. Ass. Méd. Argent.*, 27-19, 1917.)
- VALENTINI. — Sulla pancreatite cronica. (*Gaz. Méd. Napoli*, 1922, 66-70.)
- VILLARD. — Pancréatites chroniques. (*Lyon Méd.* 1911, CXVI, 179-182.)
- WALTERS (W.). — Cholécysto-gastrostomie. (*S. G. O.*, vol. XLII, juin 1926, n° 6.)
- WALTER-SALLIS. — Syphilis of pancréas. (*Arch. et Mal. de l'appareil digest.*, 6, 140-148, 1912.)
- Les pancréatites non biliaires. (*Rev. de chir.* 1913, XLVIII, 907-937. — *Ibid.* 1914, XLIX, 446-477.)
- La syphilis du pancréas. (*Ann. de Derm.* 1913, p. 657.)
- WHITE. — Syphilis of pancréas. (*Southwest J. M. S.* 24, 178, 1916.)
- Cholécysto-gartronomy. (*Surg. Gyn. et Obst. Chicago* 1920, XXXI, 492-496.)
- WILL. — Syphilis of pancréas. (*Arch. of Derm. and Syphil.* février 1921, p. 122.)

